

DEL-C-21-093602

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: Dell/0921/0240

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 21-09-21

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: PURAN LAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 63 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: HARI SINGH



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता: FLN-D-182, SWAMI SHARDHANAND PARK

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई निवासीय पता: BHALSWA DAIRY NORTH WEST DELHI-110040

Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय: Unemployment

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 144,000 (Family)

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थान प्रमाण संख्या: No

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो मन्त्र हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

Yes (हाँ) / No (नहीं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	RAM DEVI	62	F	WIFE
2	AMIT KUMAR	32	M	SON
3	GEETA	26	F	DAUGHTER GRAND
4	GNANI	11 months	F	GRAND DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विचार आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के नोचें प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (RE) Total Senile Cataract (LE) Senile Cataract
(2)	surgery (RE) SICR+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	DBCS	20000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें;

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाण प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को स्थापित करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो पैसा मिलेगा, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बिमा कंपनी से पैसा नहीं माँगा है और न ही भविष्य में माँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 - I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम ज्यूरिडिक्शन, राज, वाचनालय द्वारा उत्प्रेषण से सभी गतिविधियों और उल्लेखों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के खिले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएम ज्यूरिडिक्शन का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तागत द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

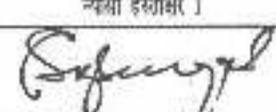
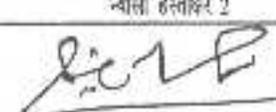
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तागत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्थायी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी के लिये माँगा जा रहा है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सकल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जात है तो हस्तागत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस वृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना होगा।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तागत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तागत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रूझ नहीं है। इसलिए हस्तागत में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने अपने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्तागत की होती हैं और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/09-21	Dr. ASHISH KAKSANA (Senior Consultant, Ophthalmology) DMC No. 67289 Dr. Shanti's Charity Eye Hospital 5827, Kedar Nalla B, New Delhi, India (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न	SHANTANU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तागत अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--